DEUX CAS

DE

RÉSECTION D'INTESTIN POUR ANUS CONTRE NATURE

GUÉRISON

PAR

M. le professeur JULLIARD
de Genève.

Extrait de la **Revue médicale de la Suisse romande.**
N° 8. — 15 août 1882.

DEUX CAS DE RÉSECTION D'INTESTIN POUR ANUS CONTRE NATURE

GUÉRISON

PAR

M. le professeur JULLIARD
de Genève.

PREMIER CAS.

Femme de 63 ans. Il y a deux ans et demi, à la suite d'un effort, cette femme éprouva une vive douleur dans l'aîne gauche ; il s'y développa une petite hernie qui s'étrangla immédiatement. Pendant quinze jours, douleurs très vives, point de selles, vomissements continuels. La tumeur finit par s'ouvrir, et dès lors les matières fécales n'ont cessé de sortir par l'orifice qui ne s'est jamais fermé; pour tous ces accidents, la malade n'a point consulté de médecin. Six semaines après, elle se rendit à l'Hôpital de Romont (Fribourg), où M. le Dr Weissenbach tenta de guérir cet anus contre nature par une autoplastie; cette opération n'ayant pas réussi, il employa une suture de l'orifice en cordon de bourse, qui échoua également.

La malade fut admise à l'Hôpital cantonal de Genève le 24 avril 1882. On constate dans l'aîne gauche au niveau du ligament de Poupart un anus contre nature qui permet à peine l'introduction du petit doigt. Autour de l'orifice, la peau est ulcérée, d'un rouge violacé, épaissie, indurée et calleuse. Par l'orifice s'échappent presque continuellement des matières et des gaz en abondance ; la malade rend de temps en temps, mais rarement, quelques matières par le rectum, le bout inférieur est donc encore perméable. Pas de prolapsus de la muqueuse. Du reste la malade se porte bien : pas d'émaciation ni d'affaiblissement; état général excellent.

Opération. — *Le 2 mai.* J'administre une bouteille d'eau de Sedlitz ; la malade est mise à la diète complète; elle ne prend que de l'eau. Des matières sortent en grande abondance par l'orifice anormal; par le rectum il ne sort que quelques gaz, mais pas de matières.

Le 3 mai. Seconde bouteille d'eau de Sedlitz et continuation de la diète. Matières liquides bilieuses par l'orifice anormal ; rien ne sort par le rectum.

Le 4 mai. Après un grand bain, la malade est endormie avec l'éther. Au niveau de l'anus contre nature se trouve une petite quantité d'un liquide bilieux, que j'enlève avec une éponge. — Incision des parois abdominales longue de quinze centimètres, qui vient tomber en bas sur l'orifice anormal. J'incise couche par couche; par l'extrémité supérieure de mon incision je pénètre dans la cavité abdominale, et j'arrive de haut en bas sur l'orifice anormal. Au pourtour de cet orifice, l'intestin adhère aux parois; après avoir détaché ces adhérences ainsi que l'infundibulum, j'attire l'intestin au dehors. L'infundibulum a une longueur de trois centimètres et demi ; le bout inférieur et le bout supérieur n'adhèrent pas entre eux ; l'éperon est faiblement indiqué. — Après avoir lié le mésentère par un catgut placé un peu au-dessus du point où je voulais faire la résection, je reséquai trois centimètres et demi du bout supérieur, et deux du bout inférieur, ainsi que la partie correspondante du mésentère. Quoiqu'on n'exerce aucune compression sur l'intestin, ni avec les doigts, ni au moyen d'une pince ou d'une ligature quelconque, il ne sort absolument rien, ni par le bout inférieur, ni par le bout supérieur qui sont tout à fait vides. Le bout inférieur est très étroit, et permet difficilement l'introduction d'une sonde uréthrale n° 18 : le bout supérieur est environ d'un tiers plus grand. Dans ces conditions la suture de Jobert est impossible. Je fais alors la suture de Lembert : je place une première rangée de quatorze catguts fins; puis une seconde rangée de huit catguts comme soutien. — Je réduis l'anse réséquée dans la cavité abdominale; suture du péritoine avec quatre catguts, et enfin suture de la peau toujours avec du catgut. —En somme, vingt-deux sutures sur l'intestin, une sur le mésentère, quatre sur le péritoine : en tout vingt-sept catguts qui ont été enfermés dans la cavité abdominale. — Pansement antiseptique. — L'opération a duré une heure quarante minutes.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. A part deux vomissements dus à l'éther, mon opérée n'a jamais éprouvé le moindre malaise. — Dès le lendemain elle a rendu des vents par l'anus. Le cinquième jour j'ai enlevé les sutures et j'ai commencé à alimenter la malade, qui jusqu'alors avait toujours été maintenue à une diète absolue. Le huitième jour elle a eu sa première garde-robe, et à partir de ce moment les selles ont toujours été régulières. — La plaie s'est réunie par première intention ; le thermomètre n'est jamais monté au-dessus de 37.5.

SECOND CAS.

Homme de 40 ans, affecté depuis son enfance d'une hernie inguinale gauche. Il y a deux mois, à la suite d'un effort, la hernie s'étrangle. Après cinq jours d'étranglement, M. le Dr Julliard de Châtillon de Michaille pratique la kélotomie ; il trouve l'intestin gangrené et perforé en plusieurs

endroits ; épanchement de matières stercorales dans le sac ; le testicule est aussi gangrené. Résection de vingt-cinq centimètres d'intestin gangrené ; ablation du testicule ; établissement d'un anus contre nature qui ne s'est pas fermé depuis lors.

Le malade entre à l'Hôpital le 29 avril 1882. On constate dans l'aîne gauche un anus contre nature, qui permet l'introduction de l'indicateur ; la muqueuse intestinale fait fortement saillie sous forme de bourrelet. Le contenu de l'intestin sort en abondance par l'orifice anormal ; depuis la formation de l'anus contre nature, il n'est jamais rien sorti par le rectum ; le bout inférieur ne fonctionne plus du tout. En introduisant le doigt dans l'orifice, on ne sent point d'éperon ; il est impossible de trouver le bout inférieur. La peau qui avoisine l'orifice est rouge et ulcérée. Quoique l'anus contre nature ne date que de deux mois et demi, le malade est amaigri et notablement affaibli par l'abondante déperdition de matières qui se fait continuellement par l'orifice.

Opération. — *Le* 6 *mai* 1832, j'administre une bouteille d'eau de Sedlitz, et le malade est mis à la diète complète : il ne prend que de l'eau. Une grande quantité de matières fécales sort par l'orifice anormal ; rien ne sort par le rectum.

Le 7 *mai*. Seconde bouteille d'eau de Sedlitz et continuation de la diète. Matières intestinales bilieuses abondantes par l'anus contre nature ; rien ne sort par le rectum.

Le 8 *mai*. Après un grand bain le malade est éthérisé. Autour de l'anus contre nature je trouve une très petite quantité d'un liquide bilieux que j'enlève avec une éponge. Incision des parois abdominales longue de dix-sept centimètres qui vient tomber en bas sur l'orifice anormal. J'incise couche par couche ; par l'extrémité supérieure de mon incision, je pénètre dans la cavité abdominale, et j'arrive de haut en bas sur l'orifice anormal. L'épiploon est adhérent à l'anse intestinale qui forme cet orifice. Je détache ces adhérences et celles de l'anse avec les parois abdominales, avec les doigts, le bistouri et les ciseaux, en liant à mesure les petits vaisseaux sectionnés. Pour tout cela, n'ayant pas assez de jour, je suis obligé d'agrandir mon incision par en haut. — L'intestin étant détaché, je l'attire au dehors ; je reconnais alors que le bout supérieur formait à lui seul l'orifice anormal. Le mésentère présentait une grande perte de substance, comme une déchirure, et ce ne fut pas sans peine que je trouvai enfin le bout inférieur, libre et flottant dans la cavité abdominale ; il était en forme de doigt de gant, presque complètement oblitéré et présentait à son extrémité un petit orifice à peine gros comme une tête d'épingle (voir Planche IX). — Après avoir lié le mésentère avec un catgut placé un peu au-dessus du point où je voulais faire la résection, je réséquai sept centimètres du bout supérieur et trois centimètres du bout inférieur, ainsi que la partie correspondante du mésentère. Ici encore, quoiqu'on n'exerce aucune compression sur l'intestin, ni avec les doigts ni au moyen d'une pince ou d'une ligature quelconque, il ne sort absolument rien, ni par le bout supérieur, ni par le

bout inférieur, qui sont tout à fait vides. Le bout inférieur, était cette fois encore trop étroit pour permettre la suture de Jobert. Je fis alors la suture de Lembert : je plaçai une première rangée de huit catguts fins, puis une seconde de quinze catguts ; je plaçai ensuite quinze catguts sur le mésentère pour réunir la perte de substance. — Je remis l'anse reséquée dans la cavité abdominale.— Suture profonde du péritoine avec quatre catguts ; suture de la peau au catgut. En somme, vingt-trois sutures sur l'intestin, quinze sur le mésentère, quatre sur le péritoine ; en tout, quarante-deux catguts qui furent enfermés dans l'abdomen. — Pansement antiseptique. — L'opération a duré une heure trente-cinq minutes.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Pas un seul vomissement et point de malaises. La plaie s'est réunie par première intention et le thermomètre n'a jamais dépassé 37°. — Le cinquième jour seulement le malade a rendu des gaz par l'anus. Le septième jour je commence l'alimentation ; jusqu'à ce moment le malade a été maintenu à une diète absolue, mais en raison de son état de faiblesse, je lui ai donné du vin de Bordeaux. Le soir, une petite garde-robe par l'anus. — Le neuvième jour, selle abondante et spontanée ; à partir de ce moment les garde-robes ont été régulières.

Lorsque j'ai publié ma première résection d'intestin [1], je disais que l'entérectomie pour hernie gangréneuse, que j'appelais *entérectomie primitive,* était une opération plus difficile et plus dangereuse que celle pour anus contre nature, que j'appelais *entérectomie secondaire.*

Les deux opérations que je viens de rapporter n'ont fait que me confirmer dans cette idée.

Dans la résection primitive, le bout supérieur est toujours gorgé de matières ; il en résulte que pendant l'opération, on est constamment obligé de se garer contre la sortie du contenu de l'intestin. C'est pour cela qu'on a déjà inventé un bon nombre de pinces et de ligatures provisoires soi-disant toutes meilleures et plus inoffensives les unes que les autres, mais avec lesquelles on peut blesser l'intestin, et qui encombrent le champ opératoire d'une manière fort gênante. Dans la résection secondaire cet inconvénient n'existe pas. On a vu comment, en purgeant préalablement mes malades, j'étais arrivé à opérer complètement à sec ; dans ces deux opérations, je n'ai pas aperçu l'ombre de matières intestinales, et ceci facilite singulièrement le manuel opératoire.

Dans la résection primitive, le bout supérieur est toujours

[1] *Revue méd. de la Suisse romande,* 1882, n° 6

dilaté ; la disproportion qui existe alors entre les deux bouts de l'intestin est quelquefois énorme, et rend la suture très difficile. Dans la résection secondaire, les bouts sont d'un calibre à peu près égal si l'anus est récent; dans les anus anciens le bout inférieur est toujours plus petit que l'autre, et suffisamment étroit pour empêcher une suture par invagination ; mais la différence n'est jamais assez grande pour rendre la suture difficile.

Dans la résection pour hernie gangréneuse, il est très difficile de reconnaître exactement le point où la mortification de l'intestin s'arrête : telle partie qui paraît vivante au moment de l'opération, sera sphacélée le lendemain; et nous n'avons pas, quoi qu'on en dise, de signe auquel nous puissions nous fier d'une manière absolue, sous ce point de vue-là. C'est pourquoi on a suturé et réduit plusieurs fois un intestin qui était frappé de mort. Rien de semblable n'est à craindre dans la résection pour anus contre nature.

Enfin, l'opération étant faite, il est évident que les matières qui dilatent le bout supérieur s'engageront immédiatement dans l'anse résequée ; la suture se trouve ainsi soumise dès le début à une distension des plus dangereuses. — Dans mes deux opérations, l'intestin ayant été préalablement vidé, il m'a suffi de ne pas alimenter mes opérés trop tôt, pour n'avoir rien à craindre de ce côté-là. — Et ceci est d'autant plus important, que dans ces résections, c'est la suture de Lembert qui sera toujours employée ; parce que le bout inférieur est trop étroit pour permettre la suture de Jobert. Or, la suture de Lembert pèche par le défaut de solidité, et il importe avec elle plus qu'avec toute autre, de ne pas l'exposer à des efforts prématurés.

Ajoutons enfin que, dans la hernie grangréneuse, les malades sont en proie aux phénomènes les plus graves de l'étranglement. Or, c'est se placer volontairement dans les plus mauvaises conditions de réussite possibles, que d'ajouter aux accidents déjà si graves par eux-mêmes d'un étranglement herniaire avancé, les dangers inhérents à une opération aussi longue et aussi périlleuse que l'entérectomie. D'autant plus que cette opération n'est point du tout urgente, et qu'elle peut être remise à plus tard sans aucun inconvénient.

C'est pourquoi je maintiens qu'en cas de hernie grangréneuse, il vaut mieux faire l'anus contre nature, quitte à réséquer plus tard s'il y a lieu. Le malade sera moins vite débarrassé, j'en

conviens; mais en revanche, les risques qu'il courra, seront beaucoup moins grands.

Au surplus, la statistique confirme toujours davantage cette manière de voir. Nous connaissons aujourd'hui 44 cas de résection d'intestin pour hernie gangréneuse, sur lesquels 23 sont morts ; c'est-à-dire plus de la moitié, sans compter ceux qui n'ont pas été publiés. Tandis que sur 25 cas de résection pour anus contre nature, on ne trouve que 8 morts. Voilà des chiffres qui ont pourtant leur éloquence.

Reste maintenant la question de savoir si la résection est préférable aux autres méthodes employées jusqu'ici pour le traitement de l'anus contre nature.

Ces méthodes sont de deux ordres. Dans les premières (cautérisations, autoplastie, sutures de l'orifice), on se propose de guérir l'anus contre nature en fermant l'orifice anormal, et en forçant ainsi les matières à passer du bout supérieur dans l'inférieur. Dans les secondes (procédés de Desault, de Schmalkalden, de Physick, entérotome de Dupuytren), on cherche à repousser ou à détruire l'éperon ; les matières passant alors librement du bout supérieur dans l'inférieur, l'orifice anormal se rétrécit et se ferme secondairement de lui-même.

Les cautérisations, l'autoplastie, etc., peuvent quelquefois réussir dans les anus récents, lorsqu'il n'y a pas d'éperon, que l'ouverture est petite et l'issue des matières peu considérable. Ces procédés ont au moins l'avantage de n'être pas dangereux. Mais leur efficacité est très faible ; en tout cas dans les anus anciens, et pour ceux qui sont pourvus d'éperon, il est pour ainsi dire inutile de les essayer.

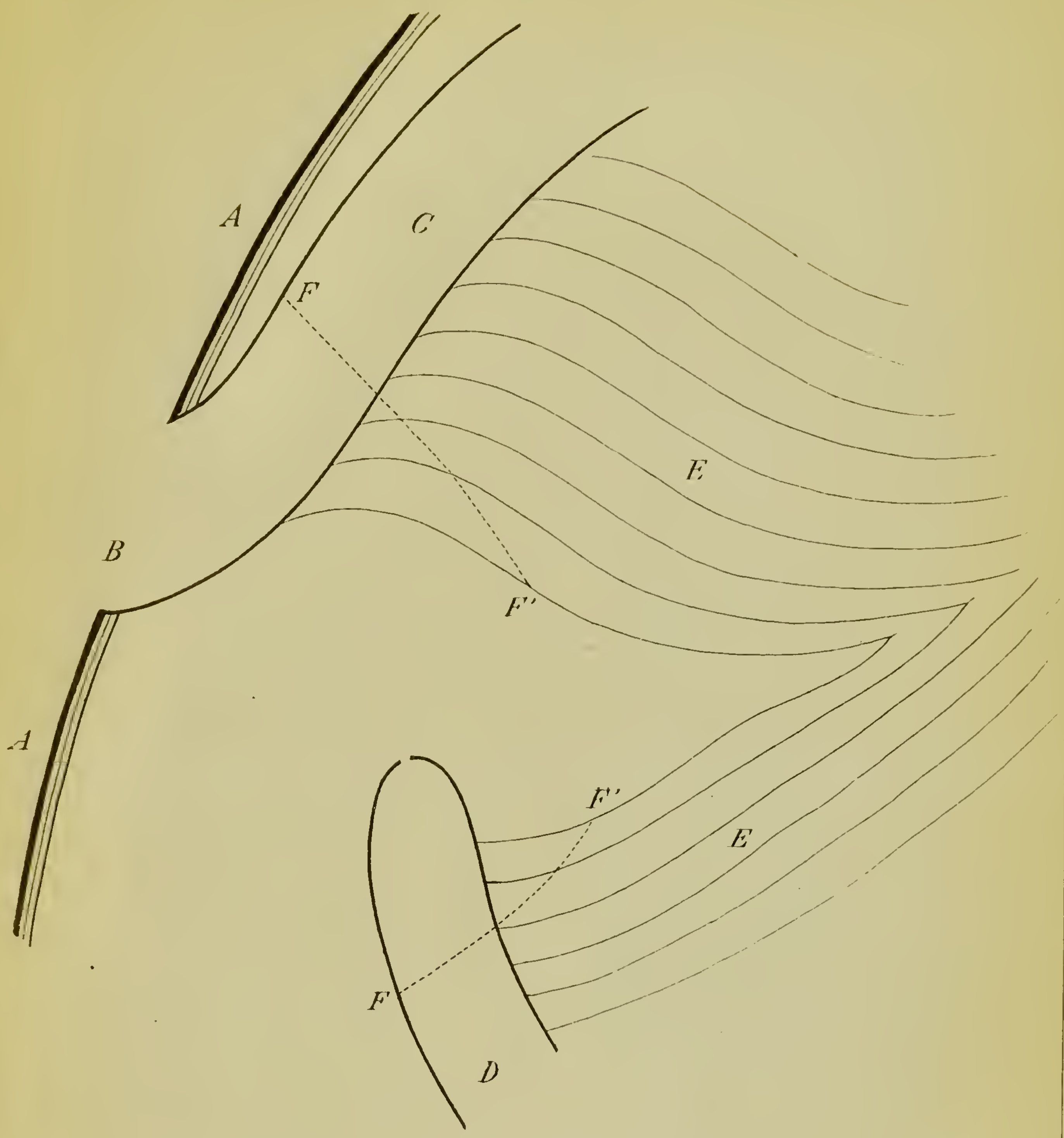
Les procédés qui ont pour but de repousser ou de détruire l'éperon, et à leur tête l'entérotome de Dupuytren, sont plus efficaces. Mais ils sont d'une application quelquefois très difficile, et ils comportent beaucoup de longueurs ; en outre, ils échouent souvent, et sont bien loin d'être exempts de dangers. L'entérotome de Dupuytren compte à son actif un très grand nombre d'insuccès et pas mal de morts.

Néanmoins, le nombre des entérectomies qui ont été faites jusqu'à présent est encore trop restreint, pour qu'on puisse aujourd'hui porter un jugement définitif sur la valeur de cette opération comparée à celle des anciens procédés.

Mais ce qu'on peut dire dès à présent, c'est que *l'entérectomie est certainement et de beaucoup le procédé le plus sûr et le*

plus prompt pour guérir l'anus contre nature. — Et si on la fait dans les conditions que j'ai indiquées plus haut, avec une suture bien établie, je ne la crois pas plus dangereuse que l'entérotome; bien au contraire, je crois qu'elle l'est plutôt moins.

Ajoutons, enfin, qu'il est des anus contre nature qui ne peuvent pas être traités autrement que par la résection. Mon second cas est précisément un de ceux-là. Ici l'orifice anormal était constitué par l'abouchement direct du bout supérieur seulement; le bout inférieur flottait librement dans la cavité abdominale. Dans de telles conditions, tout autre procédé que l'entérectomie était inapplicable.



A.A. — *Parois de l'abdomen.*
B. — *Anus contre nature.*
C. — *Bout supérieur de l'intestin.*
D. — *Bout inférieur flottant et perforé à son extrémité.*
E.E. — *Mésentère.*
F.F.' — *Points où la résection a été faite.*

Dr Julliard delt. Lith. Brumm Knecht. Genève